

PRINCIPALES TECHNIQUES DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION

Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie

Pr Olivier Rémy-Néris

Service de rééducation fonctionnelle, CHRU de Brest, hôpital Morvan, 29606 Brest, France
olivier.remyneris@chu-brest.fr

OBJECTIFS

ARGUMENTER les principes d'utilisation et de prescription des principales techniques de rééducation et de réadaptation.

Au cours de son exercice professionnel, le médecin va collaborer avec de nombreuses professions dont la plupart sont paramédicales. Les infirmières et aides-soignantes sont celles qu'il va côtoyer à l'hôpital avant même de savoir interroger ou examiner un patient. Cet exercice conjoint qu'il va maintenir tout au long de ses études tend à limiter la compréhension qu'il peut avoir des autres professions. Pourtant, les professionnels de rééducation vont concourir aux missions de santé aussi diverses que la prévention de complications, l'amélioration des pathologies pouvant bénéficier de projets de rééducation ou encore l'accompagnement au long cours des pathologies chroniques. Il est ainsi indispensable, pour optimiser les soins de ces patients atteints de déficiences subaiguës ou chroniques, d'avoir une connaissance suffisante des pratiques professionnelles de ces paramédicaux. L'objectif de ces soins est de réduire les limitations d'activités et d'améliorer leur participation à leur vie quotidienne (v. item 49).

Savoir prescrire la kinésithérapie

Le code de la santé publique en son article L4321-1 définit que « lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent leur art sur ordonnance médicale ».

Ainsi, tout acte de soin de massage ou de kinésithérapie doit être prescrit par un médecin. Les obligations de la prescription sont discutées en raison de textes multiples. En particulier, l'arrêté

MESP0020654A du 22 février 2000 supprime le caractère quantitatif et qualitatif de la prescription de kinésithérapie. Cette indication de suppression de 2 mots dans un arrêté datant de 1962 ne permet pas d'avoir une idée objective des obligations de la prescription médicale qui doit donc se conformer aux usages.

Ces usages tiennent compte d'une évolution constante des obligations des masseurs kinésithérapeutes vis-à-vis des autorités de tutelle en matière de prescription, en l'occurrence la caisse nationale d'Assurance maladie pour la majorité des patients.

Normalement, toute prescription est suivie d'une demande d'entente préalable faite par le masseur kinésithérapeute auprès de la caisse du patient. Depuis 2012, les professionnels n'ont plus à faire de demande pour les premières séances de kinésithérapie dans 8 situations de rééducation fréquentes correspondant à des référentiels HAS (tableau 1).

En pratique, toute prescription doit comporter les éléments réglementaires de la prescription médicale (nom, prénom du patient, date et lieu de prescription, nom et signature du médecin) et les éléments spécifiques :

- le nombre de séances (recommandé mais non obligatoire) ;
- la fréquence des séances par semaine ;
- la région à traiter (rachis, membre, tête et cou) ;
- les mentions spécifiques optionnelles : à domicile, kinébalnéothérapie, physiothérapie.

Nombre de séances

La prescription du nombre de séances permet de contrôler le début, le déroulement et l'arrêt du traitement. Les jeunes médecins ont souvent des difficultés pour prescrire le nombre de séances. Pourtant, quelques principes simples peuvent permettre de s'orienter : prescrire pour une durée limitée permet de revoir le patient à une échéance estimée cliniquement souhaitable, distinguer la prescription postopératoire des prescriptions sur atteinte aiguë, ne pas prescrire moins de 10 séances et plus de 30.

On peut estimer que le nombre de séances se répartit ainsi (tableau 2).

Le non-renouvellement ou l'arrêt des séances est justifié par plusieurs éléments possibles : la guérison, l'aggravation des symptômes ou la stagnation des résultats fonctionnels.

Ce non-renouvellement est particulièrement complexe dans les atteintes chroniques, et la prescription de kinésithérapie doit rester motivée par des arguments purement médicaux. L'arrêt de la prescription en cas de pathologie chronique est grandement aidé par l'utilisation de bilans fonctionnels (item 49) réguliers permettant d'apprécier cette stagnation. La mesure d'indépendance fonctionnelle est la plus transversale et la plus communément utilisée parmi les scores fonctionnels non spécifiques. D'autres scores plus spécifiques peuvent aussi être employés. L'absence d'utilisation de ces scores laisse le médecin avec fort peu d'arguments en cas de réclamation du patient, de son entourage ou de la tutelle.

Fréquence

Cette partie de la prescription est probablement la moins simple à déterminer. Si elle dépend beaucoup de la disponibilité du masseur kinésithérapeute, elle est pourtant clairement identifiée comme un facteur d'efficacité de la thérapeutique. La quantité de traitement est corrélée à la vitesse de récupération et à sa qualité.

Il est communément accepté qu'un programme de rééducation est efficace lorsque les séances sont réalisées à raison de 3 fois par semaine.

Toutefois, le soin d'une personne atteinte d'une maladie chronique ne se situe pas dans le domaine de l'efficacité sur la pathologie mais bien souvent sur le bien-être du patient et la prévention des complications. C'est d'ailleurs la notion de santé que définit l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il n'est donc pas anormal de prescrire une séance de kinésithérapie par semaine dans ces situations. Toutefois, il est nécessaire de définir l'objectif de cette prise en charge qui doit rester un objectif de santé en identifiant bien les éléments de prévention.

Certaines situations peuvent nécessiter une intervention quotidienne du masseur kinésithérapeute. Ce sont principalement les indications respiratoires d'encombrement bronchique sévère où le risque vital ou de complication dépend de la qualité et de la régularité de l'évacuation bronchique. La prescription doit alors mentionner explicitement 7 jours sur 7 et s'accompagne généralement de la mention spécifique « à domicile ».

Techniques de kinésithérapie et mentions spécifiques de la prescription

Si le choix des techniques de kinésithérapie est à la totale discrétion du masseur kinésithérapeute, leur connaissance synthétique permet d'apprécier l'évolution du patient en fonction d'objectifs médicaux liés aux déficiences. Par exemple, lors d'une arthroplastie, l'origine de la déficience motrice est : douleur, limitation d'amplitude articulaire et de force musculaire. Chacun de ces éléments fait l'objet du travail du masseur kinésithérapeute et

TABEAU 1

Situations de rééducation fréquentes du référentiel HAS

Situation de rééducation	Nombre de séances avant accord préalable	Demande d'accord préalable
Entorse externe récente de la cheville	1-10	à partir de la 11 ^e séance
Arthroplastie de hanche par prothèse totale	1-15	à partir de la 16 ^e séance
Arthroplastie du genou par prothèse totale ou unicompartmentale	1-25	à partir de la 26 ^e séance
Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	1-40	à partir de la 41 ^e séance
Libération du nerf médian au canal carpien	—	dès la 1 ^{re} séance
Ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie	1-15	à partir de la 16 ^e séance
Réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct	1-50*	à partir de la 51 ^e séance
Prise en charge d'une lombalgie commune	1-15 pour une série d'actes	à partir de la 16 ^e séance ou à partir de la 31 ^e séance si 30 séances pour lombalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents

Demande d'accord préalable pour les situations de rééducation soumises à référentiel

constitue un objectif de travail analytique. Les objectifs d'activités (ou objectifs fonctionnels) doivent aussi être définis : reprise de l'appui, marche, course, saut, etc. Ils sont déterminés après une analyse de la participation du sujet à sa vie quotidienne : les objectifs sont différents chez un sportif ou non, chez une personne âgée antérieurement peu mobile et une personne âgée très active. Les objectifs analytiques et fonctionnels vont entraîner la mise en place de techniques pour les atteindre.

La lutte contre la douleur est toujours première avec des techniques de massage et de physiothérapie, si nécessaire un massage drainant l'œdème et mobilisant les différents plans tissulaires. Les amplitudes articulaires peuvent alors être travaillées par mobilisation passive (par le masseur kinésithérapeute, le patient ne faisant rien), active (le sujet fait seul ses mouvements) ou active aidée (le sujet fait ses mouvements avec l'aide du masseur kinésithérapeute). Chaque type de mobilisation peut être réalisé par différentes techniques comme le contracter-relâcher pour la mobilisation active aidée : le sujet contracte son muscle sans bouger l'articulation puis le relâche et le masseur kinésithérapeute profite de cet instant pour gagner dans la direction opposée à l'effet de la contraction musculaire. C'est ce choix de technique qui revient au kinésithérapeute sans que le médecin ait à intervenir.

La connaissance des techniques de kinésithérapie permet donc d'avoir une meilleure compréhension de ce que fait le thérapeute, de pouvoir établir un dialogue avec lui et de tenir compte dans l'évolution du patient des conditions thérapeutiques (médicamenteuses ou physiques) auxquelles il est soumis.

Les techniques de kinésithérapie peuvent être rattachées à quelques grands domaines comme la lutte contre la douleur, l'amélioration du fonctionnement de l'appareil locomoteur, l'amélioration de la commande neurosensorielle et l'amélioration de l'efficacité cardio-respiratoire. Pour un même patient, ces techniques sont plus ou moins combinées. La description du **tableau 3** reste synthétique et ne constitue donc pas un document exhaustif. Elle correspond toutefois aux techniques reconnues.

L'optimisation du fonctionnement de l'appareil locomoteur ne permet toutefois absolument pas d'assurer la performance fonctionnelle des activités qu'il autorise. L'adjonction d'une optimisation du fonctionnement neurosensoriel permet d'utiliser les gains acquis dans un objectif concret d'usage dans la vie quotidienne.

Les techniques de kinésithérapie ne s'adressent pas de façon spécifique au domaine des praxies, pourtant indispensables pour réaliser tout geste. Ce domaine est celui des ergothérapeutes dont le travail est plus finalisé.

Enfin, le dernier objectif de kinésithérapie reste l'intégration des éléments de mise en condition du corps et de récupération des composantes de l'action motrice dans l'optimisation de la fonction. Point final mais aussi demande initiale de tout patient, la récupération fonctionnelle est au cœur de la préoccupation du kinésithérapeute (v. **tableau 3**).

Appareillage

Il s'agit de l'ensemble des techniques de prothèses et d'orthèses applicables aux déficiences sensorimotrices. Toutes ces techniques ont pour caractéristique de s'appliquer par tout ou partie sur un ou plusieurs segments corporels. Elles nécessitent donc un ajustement spécifique, le choix de matériaux pour optimiser la tolérance cutanée et des prises de mesures précises avant leur confection pour minimiser les ajustements. Leur réalisation est confiée aux orthoprothésistes dont le diplôme est qualifiant pour pouvoir réaliser les différentes étapes nécessaires.

Orthèses

Elles sont communément appelées attelles. Il s'agit d'un dispositif externe appliqué sur un ou plusieurs segments du corps ayant une fonction de tuteur plus ou moins articulé. Elles peuvent concerner un tout petit segment (p. ex. protection de la métacarpo-phalangienne du pouce dans la rhizarthrose), un gros segment (p. ex. corset) ou plusieurs segments (p. ex. pelvi-cruro-pédieux).

Les orthèses non articulées gardent la position des segments qu'elles contiennent. Elles sont rarement utilisées comme posture thérapeutique (v. *supra*) mais comme posture préventive d'une aggravation. Un plâtre est une orthèse non amovible. L'orthèse est habituellement fixée au segment qu'elle soutient par des velcros. Elle est donc amovible. Elle est le plus souvent tapissée de mousse ou de peau pour plus de confort.

Les orthèses articulées préservent les mouvements de l'articulation tout en les guidant. Elles peuvent associer une aide au mouvement par un dispositif élastique ou un blocage d'un secteur de mobilité par un dispositif mécanique plus ou moins complexe éventuellement réglable.

Certaines orthèses ont un rôle purement fonctionnel (orthèse interdigitale porte-stylo) dont la partie appliquée sur le segment corporel est un support de l'outil et non une aide au fonctionnement du corps. Les orthèses complexes articulées ne peuvent être prescrites que par les spécialistes de médecine physique et de réadaptation.

TABLEAU 2 Nombre de séances de kinésithérapie recommandé

Atteinte	Séances
Atteinte aiguë de l'appareil locomoteur (ex. : entorse), engorgement bronchique aigu	10
Pathologie chronique ■ locomotrice (polyarthrite) ■ neurologique (accident vasculaire cérébral) ■ vasculaire (artériopathie des membres inférieurs)	15-20
Pathologie aiguë postopératoire ou chronique en renouvellement	20-30

Principales techniques de rééducation et de réadaptation
Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie



POINTS FORTS À RETENIR

- 🔴 La prescription de rééducation est orientée sur un objectif qui doit être fonctionnel avant tout, complété d'objectifs analytiques plus ou moins détaillés.
- 🔴 La durée de la prescription est limitée et ses objectifs réévalués lors d'un éventuel renouvellement
- 🔴 Les prescriptions d'entretien ne devraient exister que s'il existe une certitude quant à l'aggravation du patient sans cette rééducation. L'indication de ces prescriptions doit être au mieux évaluée par un médecin spécialisé.
- 🔴 Les prises en charge issues des prescriptions s'organisent toujours selon 3 composantes que le médecin doit vérifier : la mise en condition du patient pour sa rééducation, la mise en œuvre de techniques pour les objectifs analytiques (déficiences) et la mise en œuvre de techniques pour les objectifs fonctionnels (limitation d'activités).

Prothèses

Ce sont les dispositifs externes qui remplacent tout ou partie d'un membre. Elles comportent une emboîture dans laquelle se loge le segment porteur de la prothèse et une partie prothétique, articulée ou non. Les matériaux et le type d'effecteur (pied ou main) peuvent varier. Ces effecteurs ont des caractéristiques mécaniques et fonctionnelles variées adaptées au mieux à leur usage (p. ex. pieds spécifiques pour la course). Chaque prothèse a un habillage qui lui donne un aspect extérieur de volume et de couleur de membre.

Les prothèses esthétiques n'ont aucun rôle fonctionnel. Elles sont portées par le sujet mais ne peuvent en rien servir à marcher ou prendre un objet.

Le port d'une prothèse ou d'une orthèse nécessite un apprentissage avec une période de rééducation et des adaptations qui sont définies par le médecin MPR et l'orthoprothésiste.

Techniques d'orthophonie et mentions spéciales de la prescription

Les orthophonistes prennent en charge les dysfonctionnements oro-laryngo-pharyngés et les anomalies du langage (oral ou écrit). Ainsi, ils interviennent sur les troubles de déglutition, du contrôle de la respiration, de la phonation, du langage tant pour ses éléments de compréhension que d'expression. La prescription d'orthophonie répond aux mêmes règles que celle de masso-kinésithérapie. Elle doit éventuellement comporter la mention « à domicile ».

Certains domaines de prise en charge de l'orthophonie sont communs aux différentes applications : la posture corporelle et le

contrôle de la respiration sont deux éléments qui sont systématiquement contrôlés. La posture de la tête peut avoir une influence mécanique sur les processus tant de phonation que de déglutition. Elle est donc variée en fonction des besoins tant pour solliciter la récupération que pour compenser des restrictions d'activité.

Lors d'une lésion du système nerveux central, la prise en charge des troubles de l'expression orale ou de déglutition éventuellement détectés doit tenir compte d'un éventuel trouble des praxies bucco-faciales. Ces praxies (explorées par le gonflement des joues, le sifflement, etc.) peuvent faire l'objet d'une rééducation spécifique de l'orthophoniste qui tente de solliciter différentes modalités.

Les techniques employées en orthophonie font appel aux différentes composantes des outils de communication verbale et non verbale. Pour le langage oral, le contrôle de la respiration, de la déglutition et la coordination des deux sont les éléments de base. Leur perturbation impose un travail analytique et de leur interaction. Par exemple, pour la déglutition, le travail des praxies bucco-linguo-faciales, l'apprentissage des postures de sécurité, et les manœuvres de déglutition sont travaillées. Ce travail est encadré par l'adaptation des textures de l'alimentation.

Les fonctions de production du son (phonation) et de la parole (articulation) sont les outils indispensables de la communication orale. Le travail de la voix porte entre autres sur la prosodie (mélodie du langage), le timbre et la hauteur de la voix, le débit verbal. Le travail de l'articulation se répartit sur les points d'articulation (différents types de phonèmes : occlusif, bilabial...), l'articulation des mots puis du discours dont l'intelligibilité dépend de nombreux facteurs de régulation.

Enfin, la capacité de compréhension, de conception et de production du langage oral ou écrit avec leurs codes peut faire l'objet d'un travail spécifique en cas d'altération.

Si les techniques d'orthophonie font appel aux mêmes principes d'apprentissage que les autres techniques de rééducation : progressivité, répétition, intensité, travail centré sur la tâche, elles présentent la particularité de pouvoir utiliser les capacités sémantiques du langage. Ainsi, l'orthophoniste travaille aussi en association de sens entre différents mots, entre des mots et des images ou des objets. Le travail de l'orthophoniste est donc à la frontière entre l'exécutif et le cognitif. C'est de la capacité de contrôle de ces deux composantes que dépendra la qualité de la communication orale.

Comme pour les autres thérapeutes, la finalité du travail de l'orthophoniste reste la performance de la communication.

Autres techniques de rééducation

De nombreux autres professionnels vont concourir à la réduction des restrictions de la participation du patient à sa vie quotidienne. Certains, comme les ergothérapeutes ou les psychomotriciens, sont des professionnels de rééducation, d'autres comme les psychologues ou les éducateurs d'activités physiques adaptées, sont des auxiliaires dont la participation est adjointe en fonction des situations.

TABLEAU 3

Synthèse de techniques de kinésithérapie et travail des objectifs fonctionnels

Technique	Principes	Déroulement
Objectif → Lutter contre la douleur		
La physiothérapie regroupe toute les techniques physiques non manuelles faisant appel aux afférences sensitives pour agir sur le contrôle périphérique ou central de la douleur	■ Elle peut se prescrire de façon isolée ■ La définition des cibles est essentielle au choix de la technique. Le laser, les ondes magnétiques et les techniques d'ionisation n'ont pas démontré d'efficacité propre	■ Cible tendineuse : ultrasons (à plus ou moins haute énergie) ■ Cible sous-cutanée : ultrasons, application de chaud ou de froid (pack, parafangothérapie), électrothérapie ■ Cible musculaire : électrothérapie
Le massage regroupe toutes les techniques utilisant une mobilisation manuelle des tissus mous.	■ Son efficacité sur l'anxiété souvent associée à la douleur est la mieux documentée ■ Son rôle antalgique propre n'est pas démontré	■ Cible cutanée : effleurements, pincer-rouler ■ Cible musculaire : pétrissage ■ Cible tendineuse ou ligamentaire : massage transverse profond de type Cyriax (assez douloureux)
D'autres mesures non spécifiquement de masso-kinésithérapie et non médicamenteuses peuvent être utilisées comme l'exercice physique doux, la psychothérapie, l'économie articulaire, etc.		
Objectif : améliorer le fonctionnement de l'appareil locomoteur		
Peau et tissus sous-cutanés	■ Leur souplesse conditionne le bon fonctionnement de l'appareil locomoteur mais aussi la qualité du travail réalisé sur l'articulation et les tissus qui la constituent	■ Cible cutanée (œdème) : drainage lymphatique manuel ou mécanisé (pressothérapie, palper-rouler mécanisé, etc.) ■ Cible sous-cutanée (adhérences des fascias) : massages
Articulation	■ Seuls la capsule et les éléments périarticulaires sont concernés. Le liquide et le cartilage sont du domaine médico-chirurgical	■ Mobilisations manuelles : passives (par le masseur kinésithérapeute) et/ou actives (par le patient) et/ou actives aidées (par les 2) ■ Mobilisation mécanisée : arthromoteur (une orthèse articulée animée par un vérin électrique selon un cycle réglable) ■ Traction ou mise en tension manuelle : tissulaire, ligamentaire ■ Postures : le sujet est positionné pour réduire la déformation par l'effet de la gravité souvent augmentée (poids) ou d'une traction manuelle par le masseur kinésithérapeute
Muscle	■ Peut être un facteur limitant par les contractures douloureuses, les rétractions, ou facilitant par la force produite	■ La longueur est essentielle à la mobilité articulaire et à la production de force ■ Les techniques décrites pour l'articulation s'appliquent au muscle rétracté ■ Le renforcement peut être manuel (le kinésithérapeute applique lui-même la résistance qu'il dose), par lever de masses ou mécanisé. On distingue le renforcement isométrique (les deux extrémités des muscles ne bougent pas), concentrique (elles se rapprochent) et excentrique (elles s'éloignent)

Synthèse de techniques de kinésithérapie et travail des objectifs fonctionnels (*suite*)

Technique	Principes	Déroulement
Objectif : améliorer la commande sensorimotrice		
Techniques de reprogrammation neurosensorielle	■ Appliquées le plus souvent après récupération partielle des capacités soit locomotrice, soit neurologique	■ Ces techniques utilisent des activités motrices complexes (équilibre sur plateau instable p. ex.) pour développer la coordination musculaire et l'intégration des informations sensorielles et sensitives
Techniques de reprogrammation neuromotrices	■ Appliquées pour solliciter la récupération d'une commande motrice après lésion neurologique	■ La plus connue en France est celle de Bertha Bobath. De nombreuses autres techniques ont été décrites (Rood, Brunstrom, Kabat, Perfetti). Presque aucune n'est appliquée de façon stricte mais le plus souvent par panachage d'exercices issus de ces techniques ■ Leurs principes reposent sur la sollicitation de schémas réflexes, de motricité résiduelle, d'afférences sensitives (y compris par des postures) pour développer le contrôle moteur
Techniques mécanisées	■ Elles utilisent à différents moments de la récupération des outils mécanisés plus ou moins complexes dans le but d'augmenter : → le temps de travail → le nombre de répétitions → la spécificité de la tâche travaillée	■ Tapis roulant lorsque la récupération le permet ■ Système de marche en suspension (harnais) avec tapis roulant pour les patients les plus déficitaires, avec ou sans robotisation ■ Robot de membres supérieurs ■ Systèmes de réalité virtuelle
Travail des objectifs fonctionnels		
Marche stabilisée	■ Elle dépend de la capacité posturale statique et dynamique du sujet qui doit donc bénéficier d'une prise en charge	■ Les modalités de travail sont multiples ■ Les moyens mécanisés (tapis roulant, système de support partiel du poids couplé ou non à un tapis roulant, robot de marche) sont privilégiés pour le travail de la marche rapide ou de la course ■ La guidance manuelle de la marche est privilégiée pour faciliter la récupération de sujets à vitesse de marche réduite (< 0,8 m/s)
Locomotion	■ Correspond à toutes les activités intégrant la marche non stabilisée ■ Elle concerne toutes les adaptations à la variabilité de l'environnement	■ Le travail en conditions variées permet d'optimiser les capacités de déplacement en condition réelle de vie ■ Si certaines activités (montée/descente escaliers) peuvent être travaillées individuellement, c'est la réactivité du sujet aux différents obstacles et changements de direction qui est recherchée
Préhension	■ Elle dépend de la capacité posturale du tronc et de la synergie tronc-membre supérieur	■ Correspondant à de multiples conditions d'usage de la main, les kinésithérapeutes sont mal équipés pour travailler la préhension fonctionnelle. Celle-ci est au mieux récupérée par les ergothérapeutes

Qu'est-ce qui peut tomber à l'examen ?

CAS CLINIQUE

Un homme de 28 ans, informaticien, voyageant souvent pour son travail, vivant seul, est désincarcéré après un accident de la voie publique. Il est constaté sur le site de l'accident à la suite de l'extraction à l'examen clinique : une douleur cervicale pour laquelle un collier cervical rigide avait été mis en place.

Il n'a qu'une petite faiblesse des mains et aucun autre déficit moteur ou sensitif.

Il est transporté aux urgences neurochirurgicales avec une suspicion de lésion médullaire. Les questions initiales pourront porter sur :

- les moyens diagnostiques à mettre en œuvre pour préciser le diagnostic ;
- les moyens thérapeutiques à mettre en œuvre en cas de découverte d'une fracture de type Tear Drop de C5 dont on aura pu vous montrer une radiographie en vous demandant le diagnostic.

En postopératoire, le patient a une tétraplégie partielle avec un déficit incomplet des 4 membres, après un passage en réanimation pour atélectasies répétées, il est trachéotomisé. Il a commencé à se réalimenter mais fait toujours quelques fausses routes, aux liquides principalement. Il est douloureux à la mobilisation des épaules dont les amplitudes sont limitées.

QUESTION N° 1

Quelles mesures de rééducation prescrivez-vous sans délai pour prévenir les complications de décubitus et celles liées à sa pathologie ?

QUESTION N° 2

Quels sont les professionnels de rééducation que vous solliciterez et les objectifs de leurs prises en charge ?

QUESTION N° 3

Quelles mesures prendrez-vous concernant l'alitement de ce patient pour faciliter la prise en charge en rééducation ?

QUESTION N° 4

L'évolution clinique vous permettant d'envisager ses séances de rééducation sur un plateau technique de médecine physique et de réadaptation, et tenant compte des éléments de l'examen clinique, quels seront les objectifs analytiques et fonctionnels de la prise en charge de kinésithérapie ?

Ces questions peuvent constituer 1 ou 2 des 6 à 7 questions posées au décours du cas clinique. Elles pourraient aussi être complétées par des questions en rapport avec les autres items du module IV.

Retrouvez toutes les réponses sur www.larevuedupraticien.fr onglet ESPACE ÉTUDIANTS puis QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER ?

Ergothérapeutes

Ils sont spécialisés dans l'utilisation des différents moyens d'optimisation du geste du membre supérieur. Ils ont donc développé des techniques de rééducation fondées sur l'intégration du geste manuel dans des actions qui ne sont jamais analytiques, contrairement aux kinésithérapeutes, mais toujours intégrées dans des activités fonctionnelles. Sur la base de jeux de complexité croissante puis d'activités complexes de la vie quotidienne, le patient est stimulé dans son processus de récupération.

Assez naturellement, les ergothérapeutes ont développé la connaissance de tous les moyens de compensation (orthèses, dispositifs médicaux ou technologiques) pouvant aider la réalisation du geste. Cette profession est donc devenue leader (mais non exclusivement) dans l'adaptation d'orthèses du membre supérieur avec des niveaux de sophistication parfois très élevés.

Les ergothérapeutes sont aussi naturellement devenus les spécialistes de l'adaptation du domicile en termes de moyens techniques pouvant être procurés pour faciliter les gestes du membre supérieur.

Psychomotriciens

Ils ont une approche beaucoup moins spécifique du geste du membre supérieur et s'intéressent à l'intégration du geste dans le comportement du corps en relation avec son environnement. Très impliqués dans la rééducation des enfants ou des personnes âgées, les psychomotriciens apportent un complément à l'approche plus partielle des autres professions de rééducation. Ils s'intéressent à tous les aspects y compris psychologiques qui limitent les actes moteurs. Ce dernier n'est en effet pas considéré comme un geste simple mais comme un élément de réalisation d'une intention elle-même incluse dans un processus complexe d'insertion de la personne dans son environnement. •

O. Rémy-Néris n'a pas fourni de déclaration de lien d'intérêts.

POUR EN SAVOIR +

Handicap, Incapacités, Dépendance : Module IV Collège français des enseignants de médecine physique et de réadaptation, Masson 2012, 170 p.